

《FAX 送信先》

さいたま赤十字病院 医療連携課【048-852-1132】

登 録 医 申 請 書

さいたま赤十字病院
病院長 殿

申 請 者
(医 師 名)

さいたま赤十字病院登録医規定に基づき、以下のとおり登録医に申請します。

申 請 日	年 月 日	
ふ り が な		専 門 科 目
登 録 者 氏 名		
医 療 機 関 名		
所 在 地	〒	
T E L		
F A X		
所 属 医 師 会	<input type="checkbox"/> 医師会 (医師会名: 医 師 会) <input type="checkbox"/> 歯科医師会 (医師会名: 歯 科 医 師 会) <input type="checkbox"/> 所属医師会なし	

登録医ボードへの掲示	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
当院ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません

(さいたま赤十字病院使用欄)

【登録年月日】 年 月 日

【登録医証書番号】 第 号